

Boulevard du XII<sup>ème</sup> de Ligne, 1  
B-4000 LIEGE  
Tel 04/321 65 75  
Fax 04/321 66 57  
Web <http://www.cpma-ulg.be>

## ACCORD À L'UTILISATION DE SPERME CONGELÉ

Je, soussigné,

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Autorise l'utilisation de mes spermatozoïdes congelés à des fins de Procréation Médicalement Assistée chez ma conjointe :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fait à : ..... le .....

Signature :

Sauf avis contraire formulé de votre part par lettre recommandée, ce consentement à l'utilisation de vos spermatozoïdes cryopréservés est valable six mois à partir de la date de signature. Si vous souhaitez vous opposer à leur utilisation avant ce terme, il est de votre responsabilité d'en informer le CPMA dans les plus brefs délais.

Bien que les traitements soient réalisés chez votre partenaire à partir des spermatozoïdes congelés, votre présence reste indispensable au moment des inséminations ou des transferts d'embryons. A défaut, votre partenaire devra présenter une pièce d'identité à votre nom en cours de validité.